

## Aufklärungs- und Anamnesebogen Anästhesie

### Liebe Patientin!

Für die Schmerzausschaltung, aber auch für die Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen (vor allem Atmung und Kreislauf) während des Eingriffs ist die Anästhesistin zuständig. Patientensicherheit ist unsere oberste Priorität. Die Narkose erfolgt in enger Abstimmung mit Ihrem Operateur.

### Die Narkose (Allgemeinanästhesie)

schaltet das Bewusstsein und das Schmerzempfinden im ganzen Körper aus. Sie befinden sich vom Beginn der Narkose bis zu ihrem Ende in einem ruhigen, schlafähnlichen Zustand. Eingeleitet wird die Narkose in der Regel mit der Einspritzung eines Narkosemittels.

Bei der Maskennarkose wird Sauerstoff über eine Maske zugeführt, die dem Mund und der Nase aufliegt.

Nachdem Sie bereits eingeschlafen sind, erhalten Sie bei der Intubationsnarkose Sauerstoff über einen Schlauch (Tubus) in die Luftröhre bzw. über eine Larynxmaske, die dem Kehlkopf aufliegt. Die Intubation gibt ein hohes Maß an Sicherheit für die Beatmung und schützt die Lunge vor den Folgen eines Erbrechens. Durch die Beigabe muskelerschlaffender Mittel können die Operationsbedingungen verbessert und die Menge der Narkosemittel verringert werden.

### Die Wahl des Betäubungsverfahrens

Jedes Betäubungsverfahren hat Vor- und Nachteile. Wir schlagen Ihnen das Verfahren vor, das sich für die vorgesehene Operation am besten eignet und Sie am wenigsten belastet.

### Kein Eingriff ist ohne Risiko

Schwere Anästhesiezwischenfälle sind selbst bei gesundheitlichen Vorbelastungen sehr selten.

Die heutige Narkose ermöglicht durch eine genaue Dosierung und die Kombination verschiedener Narkosemittel sowie durch den Einsatz von Beatmungsgeräten eine gute Steuerung der Atmung, des Kreislaufs und anderer lebenswichtiger Körperfunktionen. Um Zwischenfälle zu verhindern, überwachen wir diese Funktionen während der gesamten Narkose. Ebenso überprüfen wir in

Zusammenarbeit mit dem Operateur laufend die Lagerung auf dem Operationstisch, um Nervenschäden durch Druck oder Zerrung zu vermeiden.

### Bitte Anweisungen beachten

Um Aspirationszwischenfälle (Einatmung von Erbrochenem) zu vermeiden:

- Ab Mitternacht vor der Operation nichts mehr essen, trinken oder rauchen.
- Am OP-Tag sind **zwei Gläser Wasser bis 2 Stunden vor dem OP-Termin** erlaubt.

Bitte lose Zahnteile (Zahnprothesen) und Kontaktlinsen vor der Operation herausnehmen und sicher aufbewahren. Kein Make-up, kein Nagellack! Ohrringe, Fingerringe, Halsketten sowie künstliche Haarteile ablegen, kein Piercing.

Bitte informieren Sie uns

Wie bei jedem ärztlichen Eingriff, so hängen auch die Belastungen durch die Anästhesie und ihre Risiken von den Umständen des Einzelfalls ab. Von Bedeutung sind insbesondere die Art und Schwere der Erkrankung sowie etwaige Vor- und Begleiterkrankungen, der Allgemeinzustand und das Lebensalter sowie Ihre Lebensgewohnheiten.

Mit den nun folgenden Fragen wollen wir mögliche Risiken erfassen und damit ein Höchstmaß an Sicherheit erreichen. Es sind so viele Fragen, weil wir auch seltenen und verhältnismäßig geringfügigen Risiken (z.B. Zahnschäden bei Intubation, Venenreizungen, Stimmstörungen, Übelkeit und Erbrechen) vorbeugen wollen.

**Ihre häusliche Versorgung muss sichergestellt sein! Nach einer Narkose ist jede aktive Teilnahme am Straßenverkehr sowohl als Führer eines Kraftfahrzeugs als auch als Fußgänger oder Radfahrer für 24 Stunden verboten. Da Sie in dieser Zeit nicht geschäftsfähig sind, ist jede geleistete Unterschrift ungültig.**

Fragen zur Anamnese

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre                      Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

1. Welchen Beruf üben Sie aus?  
\_\_\_\_\_
  2. Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wegen welcher Erkrankung?  
\_\_\_\_\_
  3. Besteht eine Schwangerschaft                      o nein    o ja
  4. Stillen Sie?    o nein    o ja
  5. Nehmen Sie Medikamente ein?                      o nein    o ja  
Welche? Geben Sie bitte auch Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs-, Abführmittel, Ovulationshemmer („Antibabypille“) an.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  6. Voroperationen oder Narkosen? Bitte Eingriff und Jahr!  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  7. Ergaben sich bei der Narkose Besonderheiten?                      o nein    o ja  
\_\_\_\_\_
  8. Kam es bei Blutsverwandten zu Zwischenfällen im Zusammenhang mit einer Anästhesie?                      o nein    o ja
- Ist Ihnen bekannt, ob Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden oder litten?**
9. Muskelerkrankungen oder Muskelschwäche?                      o nein    o ja
  10. Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen)?                      o nein    o ja
  11. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z. B. Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Thrombose, Lungenembolie, hoher/niedriger Blutdruck)?                      o nein    o ja
  12. Lungen- und Atemwegserkrankungen (z. B. COPD, Asthma, chronische Bronchitis, Pneumonie, TBC)?                      o nein    o ja
  13. Leiden Sie unter Schlafapnoe                      o nein    o ja  
Haben Sie ein Gerät    o nein    o ja
  14. Lebererkrankungen (z. B. Hepatitis [Gelbsucht], Leberverhärtung?)                      o nein    o ja
  15. Nierenerkrankungen (z. B. Nierenentzündung, Nierensteine)?                      o nein    o ja
  16. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Insulinresistenz, Gicht)                      o nein    o ja
  17. Schilddrüsenkrankungen (z. B. Kropf)?                      o nein    o ja
  18. Augenerkrankungen (z. B. grüner Star)?                      o nein    o ja
  19. Nervenleiden (z.B. MS, Epilepsie, Lähmungen)?                      o nein    o ja
  20. Wurden Sie wegen Gemütsleiden (z. B. Depression) ärztlich behandelt?                      o nein    o ja

21. Blutgerinnungsstörungen (Neigung zu Blutungen oder Thrombose) z. B. sehr oft Blutergüsse, Nasenbluten, Faktor-V-Leiden, APC-Resistenz, etc.)?                      o nein    o ja
22. Allergien?    o nein    o ja  
z.B. Latex, Schmerzmittel oder Antibiotika,... Welche? \_\_\_\_\_
23. Gibt es Schwierigkeiten beim Blutabnehmen („schlechte Venen“)?                      o nein    o ja
24. Leiden Sie wissentlich an einer ansteckenden Infektionskrankheit wie z. B. Hepatitis B oder C, HIV, Creutzfeld-Jakob-Erkrankung etc.?                      o nein    o ja
25. Leiden Sie an einer anderen nicht aufgeführten Erkrankung? Welche?                      o nein    o ja  
\_\_\_\_\_
26. Tragen Sie Zahnersatz (nicht festsitzende Prothesen, Zahnbrücken, Stiftzähne)?                      o nein    o ja
27. Sind Ihre Zähne fest?    o nein    o ja
28. Rauchen Sie regelmäßig?    o nein    o ja
29. Trinken Sie Alkohol?    o gelegentlich    o nein    o ja
30. Nehmen Sie/nahmen Sie früher Drogen?                      o nein    o ja
31. Haben Sie Erkältungssymptome?                      o nein    o ja
32. Abholende Person mit Mobiltelefonnummer bitte hier eintragen:  
\_\_\_\_\_

Bitte fragen Sie

die Anästhesistin im Aufklärungsgespräch nach allem, was Sie im Zusammenhang mit der Anästhesie interessiert. Sie wird Ihnen auf Ihren Wunsch auch Auskunft über seltene und seltenste Risiken geben.

**Einwilligungserklärung**

Die Anästhesistin, Frau Dr. \_\_\_\_\_ hat mir heute anhand der Ergebnisse der Voruntersuchungen und meiner Antworten zu den vorstehenden Fragen ein Aufklärungsgespräch über das bei mir vorgesehene Anästhesieverfahren geführt. Ich habe die Aufklärung verstanden und konnte alle mich interessierenden Fragen, insbesondere nach der Art des Verfahrens, seinen Vor- und Nachteilen und seinen speziellen Risiken stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen    o  
oder ich habe folgende weitere Fragen:  
\_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass die geplante Operation/Untersuchung in Narkose ausgeführt wird.  
\_\_\_\_\_

Ich willige weiter in die vorbereitende und begleitende anästhesiologische Behandlung einschließlich der dazu erforderlichen Nebeneingriffe im Notfall ein. Mit medizinisch angezeigten Änderungen und Erweiterungen der Anästhesie bin ich einverstanden.

Weiterhin bestätige ich, dass mir ausführlich die Gefahren bei der Teilnahme am Straßenverkehr, bzw. dem Lenken von Maschinen nach einer Narkose erklärt wurden. Des Weiteren bestätige ich, dass die häusliche Betreuung sichergestellt ist.

\_\_\_\_\_  
Datum/Uhrzeit                      Unterschrift der Ärztin                      Unterschrift der Patientin bzw. des Sorgeberechtigten

Aufklärung in Kopie erhalten    o                      Kopie nicht erwünscht                      o